

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

398

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 18 juillet 1900, à 1 heure

Par

B. SALLARD

Né à Pléaux (Cantal) le 18 décembre 1871

— * —

DES EFFETS CURATIFS

DE LA

LAPAROTOMIE

DANS

CERTAINES AFFECTIONS HÉPATIQUES

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : } MM. DELENS, professeur.
DELBET et WALTHER, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical

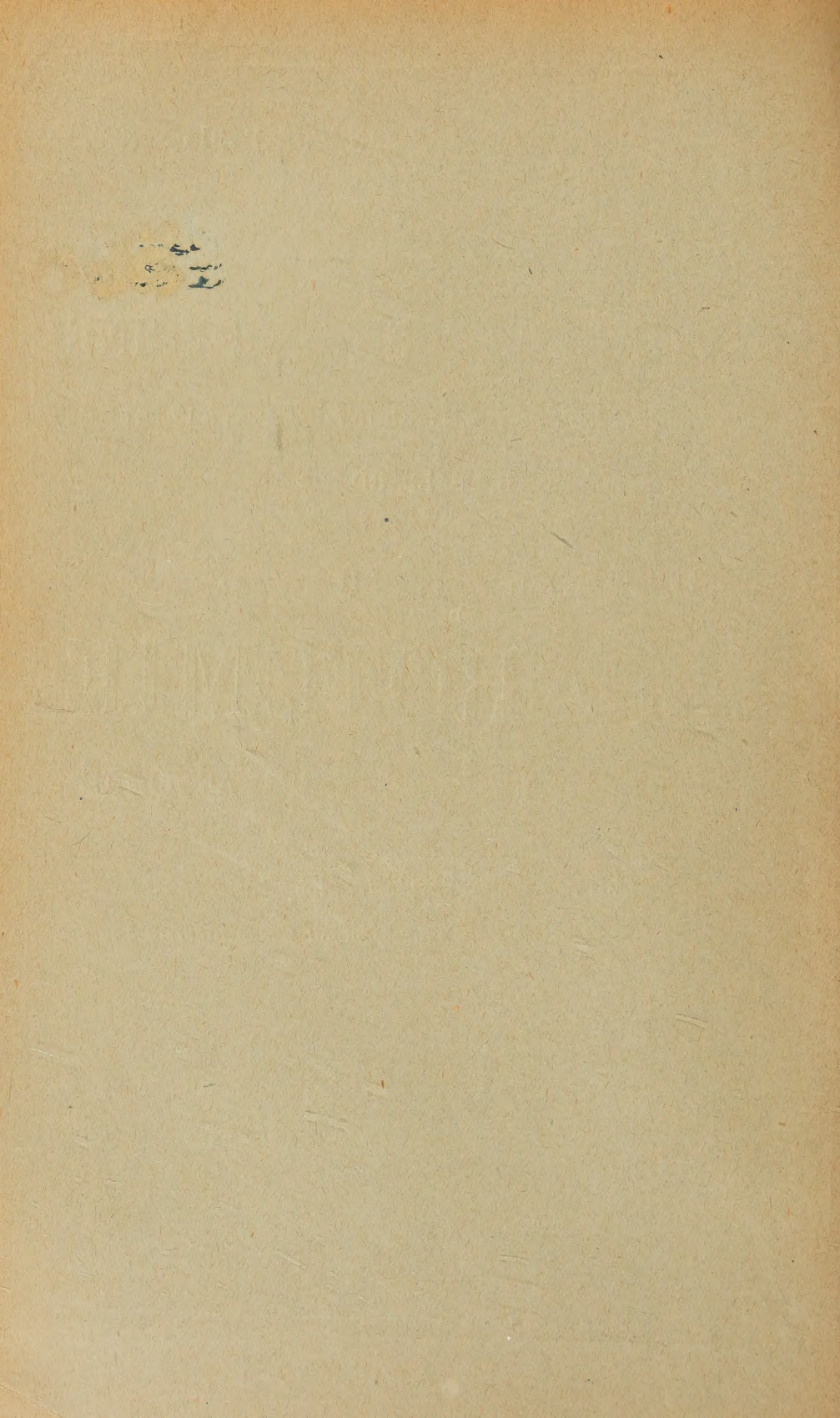
PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900



598

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 18 juillet 1900, à 1 heure

Par

B. SALLARD

Né à Pléaux (Cantal) le 18 décembre 1871

*

DES EFFETS CURATIFS

DE LA

LAPAROTOMIE

DANS

CERTAINES AFFECTIONS HÉPATIQUES

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : } MM. DELENS, professeur.
DEL BET et WALTHER, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS
JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15. rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doct. en M. D.	Professeurs	M. BROUARDEL
		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
		DEBOVE.
Pathologie médicale.		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie.		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.		TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie.		POUCHET.
Thérapeutique		LANDOUZY.
Hygiène.		PROUST.
Médecine légale.		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BRISAUD.
Pathologie expérimentale et comparée.		CHANTEMESSE.

Clinique médicale.	
Maladie des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	
Clinique des maladies du système nerveux.	
Clinique chirurgicale.	
Clinique ophthalmologique.	
Clinique des maladies des voies urinaires.	
Clinique d'accouchements.	

POTAIN.
JACCOUD.
HAYEM.
DIEULAFOY.
GRANCHER.
JOFFROY.
FOURNIER.
RAYMOND.
BERGER.
DUPLAY.
LE DENTU.
TILLAUZ.
PANAS.
GUYON.
BUDIN.
PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (AUG.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (ANDRÉ)	HARTMANN	ROGER	WIDAL
BHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

À M. LE DOCTEUR PIERRE DELBET

Professeur agrégé à la Faculté de médecine
Chirurgien des hôpitaux.

CHER ET EXCELLENT MAÎTRE

Jadis, vous m'avez ressuscité pour ainsi dire :
aujourd'hui, vous m'avez inspiré cette thèse. A vous,
mon bon génie, mon guide sûr, je dédie mon modeste
travail. C'est un bien faible hommage, hélas ! mais, en
vous priant de l'accepter, j'ajoute que ma reconnais-
sance, mon dévouement, seront toujours aussi vifs,
aussi profonds, que le bienfait reçu fut immense !

A LA MÉMOIRE CHÈRE ET VÉNÉRÉE

DE MA MÈRE

DE MES GRANDS PARENTS

DE MA TANTE DE COL

A MON BIEN AIMÉ PÈRE

A MA TANTE, MADAME SŒUR MARIE-
THÉRÈSE SÉRIEZ, DU COUVENT DE PLÉAUX

« Ma seconde mère et la providence de tous les malheureux
de Pléaux ».

*En témoignage de filiale admiration et de
profonde gratitude.*

AUX MIENS

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien de la Charité
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MM. les Docteurs ; PIERRE DELBET
GILBERT BALLET
E. BARIÉ
POLAILLON
COMBY
PINARD

Hommage de respectueuse reconnaissance.

A MES AMIS

M. LE DOCTEUR JOANNY, DE PLÉAUX

M. LE DOCTEUR FÉLIX RAMOND

Ancien interne lauréat
Préparateur de M. le professeur Chantemesse.

M. LE DOCTEUR FERNAND JEANNERAT

*Tous mes remerciements pour les renseignements
qu'ils ont bien voulu me fournir.*

DES EFFETS CURATIFS

DE LA

LAPAROTOMIE

DANS CERTAINES AFFECTIONS HÉPATIQUES

AVANT-PROPOS

Quelques chirurgiens, forts de l'antisepsie, ont ouvert le ventre dans certaines affections du foie, pour éclairer leur diagnostic. Sans doute, il leur arriva de trouver des lésions non tributaires de la chirurgie ; ils ne s'émurent pas autrement, se souvenant de l'erreur célèbre de Spencer Wells et des surprises que la laparotomie exploratrice réserve à tous ceux qui la tentent. Devant la nature et l'étendue du mal, ils reconnurent l'impossibilité d'une intervention quelconque et se bornèrent à refermer la plaie opé-

ratoire. A leur très grand étonnement, cette simple incision eut des résultats thérapeutiques merveilleux : les symptômes, les signes de l'affection s'amendèrent rapidement et finirent par disparaître. La laparotomie exploratrice, devenue curative, suivant l'expression de Richelot, avait guéri vite et radicalement, comme elle guérit la péritonite tuberculeuse.

Ce sont ces cas d'affections du foie, d'un diagnostic difficile, impossible même, pour lesquels on s'est borné à une simple laparotomie exploratrice paraissant devoir être inutile, sinon nuisible, à première vue et devenue cependant curative, que nous voulons exposer. Cette entreprise nous a été dictée et en quelque sorte imposée par « *un de ces miracles de la chirurgie* » dont nous avons été le bénéficiaire...

Mais avant d'aborder notre sujet, nous devons inscrire ici les noms de ceux qui participèrent au miracle : M. le Dr *Pierre Delbet*, notre jeune et brillant opérateur ; M. *Chauffard* qui nous observa pendant huit jours, dans son service de l'hôpital Laënnec, avec un soin tout particulier ; enfin, M. le Dr *Joanny*, de Pléaux qui nous soigna avec un zèle admirable, qui nous remit lui-même entre les mains de MM. Chantemesse, Chauffard, Delbet, et qui toujours s'est intéressé à nous, nous a prodigué les marques de la plus vive sympathie et du plus sincère attachement.

A ces merveilleux artistes de notre guérison,
nous ne pouvons qu'adresser un merci , mais ce
merci est large, grand comme le service qu'ils
nous ont rendu,

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Segond, 1889. Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, tome VII, page 346).

Hépatite. Laparotomie exploratrice. Guérison.

H..., 40 ans, qui m'est adressé par mon collègue, le Dr Doléris.

Antécédents. — Le malade est originaire des pays chauds ; il avait eu, à diverses reprises, des atteintes certaines d'hépatite tropicale avec subictère et hypertrophie du foie. L'ictère s'était ensuite dissipé et le foie avait retrouvé ses dimensions normales ; mais, par contre, la douleur fixe de la région vésiculaire avait conservé son intolérable acuité.

Examen à l'entrée. — Douleur extrêmement vive au niveau de la vésicule. Le malade en était insupporté ; sa douleur poignante l'obsédait et le rendait impropre à tout ; il était en outre aux prises avec des troubles dyspeptiques sérieux et, peu à peu, ayant consulté tous les médecins en renom et positivement épuisé les ressources de la thérapeutique médicale, il en était arrivé à poser lui-même les indications d'une

laparotomie exploratrice, en réclamant d'urgence et sous peine de suicide, une opération qui permit d'éluider la cause de ses souffrances.

Diagnostic. — Soupçonnant l'existence possible de quelques foyers anciens de périhépatite, nous avons, M. Doléris et moi, accédé au désir du patient.

Opération le 29 mai 1899. — Je pratiquai la laparotomie exploratrice avec l'assistance de MM. Doléris, Launois et Cabral. L'opération s'est effectuée sans incident ; pour toute lésion, nous avons constaté au niveau de la zone douloureuse, un état congestif assez accentué du tissu hépatique. Le ventre a donc été refermé sans intervention complémentaire.

Suites éloignées. — Le malade a trouvé le résultat qu'il cherchait : il est guéri.

Reflexions. — Bien qu'il me soit impossible de définir le mécanisme de cette guérison du symptôme douleur par la simple ouverture du ventre, je tiens à faire observer qu'il ne s'agit point là d'une guérison par suggestion opératoire. Le malade n'avait pas seulement de l'obsession hépatique ; l'état congestif indiscutable du foie, au niveau de la zone douloureuse, en témoigne. En tous cas, le fait montre bien l'innocuité et la valeur de la laparotomie exploratrice dans les cas de cet ordre. Il me paraît inutile d'insister. Si peu nombreux que soient les faits précédents, ils n'en établissent pas moins les avantages de la laparotomie exploratrice dans les cas précités. Qu'il me soit enfin permis de faire observer ici que les deux opérations faites, la première par moi le 29 mai 1889 et la deuxième par Terrier le

le 5 juillet 1890, sont en France les deux premiers exemples d'une laparotomie exploratrice pratiquée de propos délibéré dans le seul but d'examiner le foie et de déterminer si possible la nature de ces lésions.

OBSERVATION II

Routier, 1890. Bulletin de l'Académie de Médecine : séance du 3 février 1891, et mercredi médical, n° 5, page 53, 4 février. 1891.

Laparotomie exploratrice. Massage de la vésicule.

Femme entrée dans le service du professeur Straus.

Antécédents. — Attaque brusque de coliques hépatiques avec ictère devenu rapidement noir et décoloration des selles. Malgré le traitement médical, les vomissements devinrent incessants, une eschare se déclara au sacrum et l'état général était fort précaire.

Examen à l'entrée. — M. Straus me pria d'examiner la malade. Je ne trouvai pas que la vésicule fût distendue, et néanmoins je conseillai la laparotomie exploratrice, incapable d'aggraver l'état de la patiente.

Diagnostic. — Affection biliaire.

Opération le 30 octobre 1890. — Laparotomie médiane sus-ombilicale. Je constatai que la vésicule n'était pas distendue, et je palpai soigneusement, mais sans résultat, les canaux cystique, hépatique, cholédoque et le duodenum. Ne voyant pas d'indication à fistuliser la vésicule non distendue, je recousis simplement le ventre.

Suites immédiates. — Est-ce effet salutaire du massage des canaux biliaires effectué par mon explora-

tion manuelle, je l'ignore ; mais à partir de ce jour, les vomissements ont cessé, l'ictère a pâli et la malade a complètement guéri, malgré une broncho-pneumonie intercurrente.

OBSERVATION III

Pierre Delbet. Bulletin de la Société anatomique, novembre 1892, page 681).

Syphilis du foie. Laparotomie exploratrice. Guérison.

J'ai l'honneur de communiquer à la Société un fait curieux, qui rentre dans le cadre un peu merveilleux de ces laparotomies qui bien que purement exploratrices produisent cependant des effets curateurs...

Il s'agissait d'un enfant de deux ans et quatre mois, qui avait toujours été chétif. Vers l'âge d'un an et demi il avait présenté une éruption généralisée, qui céda rapidement, me dit le médecin de la famille, à des lavages alcalins.

C'est peu de temps après que l'enfant commença à se plaindre et à perdre l'appétit. On ne tarda pas à constater que l'abdomen augmentait de volume et on appliqua un vésicatoire sur l'hypocondre droit.

L'état général et local alla sans cesse en s'empirant; l'enfant ne cessait de se plaindre; l'appétit était presque nul; il y avait de temps en temps de légers accès de faiblesse. Je vis le petit malade pour la première fois au commencement de juillet 1891. Il était dans un état de dépérissement extrême, le tégument présentait une teinte jaune pâle sans qu'il y eût d'ictère vérita-

ble. L'abdomen était très volumineux, et bien qu'il y eût un peu d'ascite, la palpation permettait de sentir une volumineuse tumeur descendant depuis les côtes jusque dans la fosse iliaque droite. Rien n'était plus aisé que de reconnaître que cette tumeur dépendait du foie lui-même ; elle ne présentait aucune espèce de pédicule : c'était en somme le lobe droit du foie considérablement hypertrophié, avec cette différence toutefois que le lobe inférieur décrivait une courbe à concavité tournée vers le haut. La surface était absolument lisse et régulière : la consistance ferme. Je pensai immédiatement à la syphilis ; mais malgré l'éruption antérieure, le médecin habituel, qui connaissait toute la famille, m'affirma qu'il ne pouvait en être question.

Cette hypothèse éliminée, il ne restait guère que deux suppositions à faire. Chez un adulte, j'aurais été très tenté d'admettre l'existence d'un kyste hydatique intra-hépatique. Mais chez un enfant de cet âge, on ne pouvait y songer, surtout en raison du volume de la tumeur, puisqu'on admet qu'il faut de quatre à cinq ans pour qu'un kyste hydatique acquierre le volume du poing. En somme, le plus probable était qu'il s'agissait d'un néoplasme, d'un sarcome. Toutefois, comme je n'avais pas de diagnostic ferme, comme l'enfant paraissait menacé à très brève échéance, je proposai une laparotomie, qui peut-être permettrait de soulager l'enfant, et qui, si elle restait exploratrice, serait sûrement sans inconvénient.

Je pratiquai l'opération le 10 juillet 1891. Laparotomie latérale. Le péritoine ouvert, la tumeur apparaît :

c'est le foie lui-même ; il présente une teinte un peu pâle avec des marbrures violacées. La vésicule biliaire est parfaitement saine. Du côté de l'hiatus de Winslow, dans l'épiploon gastro-hépatique, je sens une masse volumineuse de ganglions hypertrophiés. Sous le péritoine pariétal, le long du bord externe du muscle droit, il existe une série de nodosités qui donne l'impression d'une chaîne de ganglions indurés. J'enlève un de ces ganglions pour en faire l'examen histologique. Il me parut évidemment qu'il s'agissait d'un sarcome diffus, généralisé et par conséquent inopérable. Avant de refermer l'abdomen, je fis, à la demande du médecin, deux ou trois ponctions dans le foie ; les ponctions ne ramenèrent rien. Telle fut cette laparotomie purement exploratrice.

Le résultat en a été bien surprenant. Dès le troisième jour, l'enfant avait repris l'appétit et la gaieté qu'il avait perdus depuis plusieurs mois. Avant même qu'on eût enlevé les points de suture, on avait toutes les peines du monde à le tenir au lit. Dès qu'on le laissa se lever, il se mit à jouer avec les enfants de son âge, ce qu'il n'avait pas fait depuis longtemps. Il mangeait, il engraisait, ne se plaignait plus ; bref, c'était une transformation.

Je fus, comme vous pensez, bien surpris d'apprendre ce résultat inespéré. J'écrivis au médecin qui m'en informait que ces améliorations symptomatiques avaient été déjà observées à la suite d'interventions de ce genre ; mais qu'il ne fallait pas s'y fier, et je le priai de me donner des renseignements sur l'état précis du foie.

Il me répondit que le foie avait très notablement diminué de volume. Je ne conservai plus de doute, et bien convaincu qu'il s'agissait de syphilis, je conseillai le traitement spécifique. Fort heureusement pour l'observation, le médecin qui ne voulait pas admettre l'hypothèse de syphilis résista.

Deux mois et vingt jours après l'opération, il m'écrivait que l'enfant était complètement guéri, et que pour sentir le foie, il fallait aller le chercher sous les fausses côtes. Mais quelques jours plus tard, le 4 novembre 1891, apparurent presque simultanément trois gommes : une frontale, deux sur le cuir chevelu. A partir de ce moment, le doute n'était plus permis, et le traitement antisiphilitique fut institué, mais seulement cinquante-quatre jours après l'opération, alors que le volume du foie était redevenu normal.

Cette observation est donc très complète. A la suite d'une laparotomie exploratrice, une syphilis hépatique grave a rapidement et complètement rétrocedé en dehors de tout traitement médical. Je ne chercherai pas à expliquer ces guérisons extraordinaires. Aucune des hypothèses qui ont été faites à ce sujet n'est de nature à satisfaire l'esprit ; et je n'en ai pas de nouvelle à proposer qui soit meilleure. Je me borne à signaler un fait curieux sans vouloir en tirer la moindre conclusion.

OBSERVATION IV

(Inédite et personnellement vécue).

Angiocholite suppurée. Laparotomie. Guérison.

Antécédents personnels. — Nous devons signaler, vers l'âge de dix ans, de légers accès vespéraux de fièvre intermittente ; et, en juin 1889, une pneumonie franche qui marcha normalement vers la résolution.

Début et marche de la maladie. — L'affection qui nous occupe semble avoir débuté fin août 1894. Ce furent d'abord des accès fébriles, d'une intermittence tout à fait irrégulière. Ces accès, le plus souvent vespéraux, ressemblaient aux grands accès de fièvre paludéenne : il y avait un frisson violent et prolongé, de la prostration, une température élevée (39°, 39.5), une période de chaleur sèche, puis un stade sudoral assez prolongé souvent pour que les linges fussent tout trempés. La durée totale très variable oscillait entre 4 et 12 heures. Quelquefois le stade sudoral manquait. C'était le tableau de la fièvre hépatalgique décrite par Charcot ou de la fièvre bilio-septique de Chauffard.

En même temps apparut une urticaire.

Nous éprouvions une sensation de tiraillement, de pesanteur au creux épigastrique et à l'hypocondre, une douleur spontanée au foie, s'irradiant vers le creux

épigastrique, la région lombaire, l'épaule droite et la région de l'omoplate. Nous mangions peu, nous avions un dégoût prononcé pour les graisses et les digestions étaient très pénibles. Notre médecin constata que le foie était douloureux à la pression, volumineux au point de déborder déjà de trois travers de doigt les fausses côtes ; il y avait aussi une légère teinte subictérique et une tuméfaction splénique assez prononcée.

Il nous ordonna la quinine, des antiseptiques intestinaux, (salol), des révulsifs, (vésicatoires, emplâtre de Vigo), des purgatifs salins, le lait avec l'eau de Vichy. Rien n'y fit. La maladie marchait avec des alternatives d'apyrexie et de fièvre ; le foie augmentait de volume à chaque nouvel accès ; l'état général et local s'aggravait. Au bout d'un mois, la fièvre présenta le type tierce et une fois ou deux le type quarte : mais les accès, d'abord vespéraux, se produisirent indifféremment à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit. Ici, de même que pour les accès intermittents irréguliers du début, il y eut des périodes d'apyrexie complète. Cette fièvre dura au moins 15 jours. Dix jours avant notre départ pour Paris, la fièvre était devenue rémittente, il n'y avait plus de périodes franchement apyrétiques, la température s'abaissait chaque matin sans cependant retomber jusqu'à la normale. Les signes, les symptômes étaient extrêmement exagérés. Le foie était devenu énorme dans tous les sens. Les douleurs étaient spontanées, vives, lancinantes au foie, à l'épigastre, à l'épaule droite : il y avait de véritables crises douloureuses. La marche, la voiture exaspéraient

nos souffrances et nous éprouvions une sensation de pesanteur énorme. L'anorexie était de plus en plus accentuée, les digestions devenaient de plus en plus pénibles : nous prenions seulement du lait coupé avec de l'eau de Vichy, des œufs, et encore ces aliments étaient souvent vomis.

Les forces faiblissaient rapidement, l'insomnie était complète. Devant cet état alarmant, devant ces signes d'une suppuration interne, notre médecin nous conseilla un voyage à Paris et voulut bien nous accompagner.

Monsieur le professeur Chantemesse à qui nous fûmes d'abord présenté, voyant qu'il s'agissait d'une grave affection du foie nous adressa à son collègue, M. Chauffard. Nous entrâmes donc dans le service de M. Chauffard à l'hôpital Laennec le 7 novembre 1894. Aussitôt arrivé, on nous fit une ponction qui ne donna aucun résultat.

Mis pendant quelques jours en observation, notre état général et local ne faisait qu'empirer : la fièvre était toujours rémittente avec des différences considérables entre la température vespérale et matinale ; les forces étaient insignifiantes, l'appétit et le sommeil avaient presque complètement disparu.

M. Chauffard craignant une issue fatale à brève échéance, pensa qu'on pouvait peut-être tenter une opération chirurgicale et fit appeler M. Pierre Delbet qui faisait alors le service de chirurgie de Laennec. Voici la note que M. Delbet a bien voulu nous remettre :

« Notre collègue Chauffard me pria de voir un étu-

« diant qui était en traitement dans son service et qui
« présentait en même temps qu'une augmentation de
« volume du foie des accidents septicémiques d'une
« extrême gravité. Je constatai en effet que le foie très
« volumineux descendait jusqu'à l'ombilic. L'hypertro-
« phie était régulière, et bien que plus accentuée au
« niveau du lobe droit, elle portait sur l'ensemble de
« l'organe. Ce n'était pas une tumeur surajoutée,
« c'était un gros foie.

« Il était évident que le foie était l'origine des acci-
« dents septiques; mais, quelle était l'affection du foie?
« Considérant que l'état du malade était désespéré,
« espérant qu'il pouvait s'agir d'un kyste hydatique
« suppuré ou d'un abcès, nous décidâmes, Chauffard et
« moi, de proposer la laparotomie. M. Sallard qui se
« rendait compte de la gravité de son état accepta
« l'opération.

« *Je pratiquai la laparotomie* le 19 novembre. Inci-
« sion sur le bord externe du muscle droit. L'abdomen
« ouvert, le foie se présente, libre d'adhérences. Il est
« d'un violet très sombre, et l'on voit de petites traî-
« nées jaunâtres saillantes sous la capsule. Chauffard,
« qui assistait à l'opération, s'écria, dès qu'il vit ces
« traînées jaunâtres : « C'est de l'angiocholite sup-
« purée des canalicules, le pauvre garçon est perdu ».

« La consistance était partout égale ; il n'y avait
« aucun point ramolli. Néanmoins, je fis dans le foie
« deux ponctions profondes qui ne ramenèrent que du
« sang. Il ne restait plus qu'à fermer l'abdomen.

« Nous étions convaincus, Chauffard et moi, que notre

« malheureux opéré allait rapidement succomber ; nous
« craignons même que la laparotomie n'eût d'autre
« résultat que de hâter l'évolution du mal. Il en fut
« tout autrement. Je laisse à M. Sallard le soin de le
« dire ».

Le résultat de cette laparotomie fut vraiment merveilleux. Il y eut une défervescence brusque et au bout de quelques jours la température se trouva régularisée et normale. Nous ne souffrions que de notre plaie opératoire. Avant qu'on eût enlevé les points de suture, l'appétit était revenu et nous digérions facilement la viande et le pain. Cet appétit alla en augmentant : nous pûmes manger impunément de tout. Le sommeil reparut aussi, bien qu'assez lentement. Les forces revenaient graduellement et le 18 décembre nous quittâmes l'hôpital en bonne voie de guérison.

De retour chez nous, la convalescence fut longue par suite de l'épuisement général, mais elle ne fut marquée par aucun accident. Au mois d'avril, nous rentrions à Paris, guéri en apparence, et MM. Chauffard et Delbet purent constater que la guérison était bien réelle et que le foie avait repris son volume normal.

Depuis cette époque, nous n'avons jamais rien éprouvé du côté du foie.

OBSERVATION V

Quénu. (Bulletin et mémoire de chirurgie de Paris. 1897, n° s.
XXIII, page 241-246).

Angiocholite. — Traitement chirurgical.

Mad. M.... Nous est adressée en octobre 1896, pour un ictère chronique et des douleurs hépatiques. Cette femme âgée de 35 ans, grande, obèse, fait remonter sa maladie actuelle au mois de juillet 1896. Jusque-là, santé excellente, sauf une fièvre typhoïde en 1894. En juillet 1896, étant enceinte de six mois, Mad. M. fut prise subitement de douleurs vives au creux épigastrique avec irradiations dans l'épaule droite et le long des fausses côtes du côté droit. L'intensité de ces souffrances était telle que la malade se roulait dans son lit. Quarante-huit heures après, elle devint jaune. Les douleurs se calmèrent, puis réapparurent à intervalles rapprochés, durant une période de trois semaines. On ne rechercha pas les calculs dans ses selles.

Au mois de septembre, les douleurs étaient minimes, mais l'ictère persistait, les démangeaisons étaient intolérables, les matières étaient totalement décolorées.

L'accouchement, le 28 septembre 1896, fut le signal d'une nouvelle crise douloureuse ; ces crises devinrent bi-quotidiennes. Onze jours après l'accouchement qui fut rapide et non suivi d'aucune complication puerpérale, la fièvre fit son apparition.

Au début, l'accès survint tous les deux jours, puis il devint quotidien, présentant les stades classiques d'un accès de fièvre intermittente. Actuellement (fin novembre 1896), la fièvre est quotidienne ; chaque soir, le thermomètre monte à 38°,4 ; 38°,6 parfois 39°. La teinte ictérique est prononcée sur tout le corps, les matières sont décolorées, les urines ont une couleur acajou ; la langue est épaisse, chargée d'un enduit gris-jaunâtre. L'appétit est nul : le lait est le seul aliment supporté depuis deux mois : il est quelquefois vomi. A la palpation abdominale profonde, douleur vive dans tout l'hypocondre droit ; on sent le foie déborder les fausses côtes de 5 à 6 travers de doigt ; on ne perçoit pas la vésicule.

On porte le diagnostic de lithiasé biliaire probable avec infection des voies biliaires.

Opération le 30 novembre 1896 ; incision latérale ; le foie déborde de 4 bons travers de doigt le rebord des fausses côtes ; nous trouvons avec peine la vésicule biliaire qui est très petite, atrophiée, adhérente au côlon transverse ; elle ne renferme aucun calcul ; l'index gauche est introduit dans l'hiatus de Winslow, pendant que la main droite explore la face antérieure de l'épiploon gastro-hépatique : on a de la sorte le pédicule du foie et le cholédoque entre les deux mains et

aucun calcul du cholédoque ou de l'hépatique ne saurait échapper. Le hile du foie est exploré sans résultat ; nous trouvons seulement quelques ganglions tuméfiés mais non indurés, sans apparence néoplasique. La tête du pancréas et la deuxième portion du duodenum n'offrent aucune consistance anormale.

Ces opérations très méticuleusement faites et prolongées nous assuraient qu'il n'existait à l'heure actuelle aucun calcul dans les voies biliaires extra-hépatiques. D'autre part, du 16 novembre au 30, on avait inspecté les garde-robes sans y rencontrer de concrétions.

Quoi qu'il en soit, en présence de phénomènes d'infection biliaire, nous aurions voulu établir une fistule cholécysto-cutanée ; il nous fut impossible d'y songer sérieusement tant la vésicule était atrophiée et ratatinée.

La seule façon d'établir une fistule eût été de ponctionner la vésicule et d'établir tant bien que mal, un trajet avec les débris d'adhérences. Nous préférâmes nous abstenir et le ventre fut simplement refermé.

La température, la veille du soir de l'opération était de 38°,7 ; le matin de 38°,5. Elle tomba le soir de l'opération à 36° et du 1^{er} décembre au 15, elle oscilla entre 36°,5 et 37°, ou 37°,2.

L'amélioration ne se borna pas à la disparition de la fièvre ; le troisième jour après l'opération, la malade éprouva un très grand soulagement, la sensation d'appétit reparut, le sommeil devint bon, l'ictère diminua sensiblement. Du 1^{er} au 15 décembre aucun vomissement ; la viande, le pain furent digérés.

Le 15 et le 17, il y eut une ascension thermique vespérale, l'état général demeurant satisfaisant.

Entre le 18 et le 30, cette poussée vespérale reparut tous les deux ou trois jours ; la malade quitta l'hôpital le 31, très améliorée au point de vue des forces, de l'appétit, de l'ictère.

J'ai eu l'occasion de la voir en février et tout dernièrement le 28 mars. Les accès fébriles n'ont pas reparu ; l'état général est parfait et aucune teinte ictérique ne persiste.

Il m'a paru intéressant de rappeler tout au long cette observation dans laquelle l'action de la laparotomie ne me paraît pas pouvoir être contestée.

On pourrait à la rigueur ne voir dans l'amélioration subite, dans la disparition des phénomènes d'intoxication biliaire d'une part et d'autre part l'intervention chirurgicale, qu'une simple et forfuite coïncidence, si contre cette interprétation ne s'élevaient des faits déjà en nombre suffisants, tels que ceux de Routier, Terrier et des cas analogues rapportés dans la thèse de Longuet. J'incline à penser que le secret de cette action chirurgicale doit résider précisément dans les manœuvres d'exploration du cholédoque, manœuvres qui peuvent avoir pour résultat l'évacuation par une sorte de massage du contenu épais du canal commun et de la

sorte favoriser le dégagement des voies biliaires.

Ce n'est évidemment qu'avec des faits plus nombreux qu'on pourra éclaircir cette histoire encore obscure des infections biliaires.

OBSERVATION VI (Inédite).

(Dûe à l'obligeance de M. le Docteur Pierre Delbet).

Hypertrophie du foie. Laparotomie. Guérison.

Madame Claire R... 40 ans, amenée à la maison Dubois par M. Courtois-Suffit, est d'abord reçue dans le service de M. Vaquez. Elle passe ensuite en chirurgie : deuxième étage, chambre 7, le 29 novembre 1899.

Antécédents héréditaires. — Le père serait mort d'une maladie du foie.

Antécédents personnels. — La malade a eu la rougeole. Réglée à treize ans, elle l'a toujours été depuis très régulièrement à jour fixe.

Elle n'a eu qu'un enfant à 25 ans.

A 33 ans, à la suite d'une chute, elle fait une fausse couche de deux mois et demi.

Au mois d'août 1897, elle est prise, plusieurs fois dans la même journée et plusieurs jours de suite, d'épistaxis qui serait produite par la narine gauche.

Depuis quelques années, 10 ans environ, des crises de diarrhée alternent avec la constipation.

L'appétit a toujours été bon.

Elle n'a jamais eu de vomissements : depuis 5 ou 6 ans, elle a de la pituite le matin à jeun.

Il y a 2 ans, elle s'aperçoit qu'elle commence à grossir.

On l'a déclarée atteinte de rein mobile, il y a 4 ans.
La douleur est nulle.

Inspection. — Le ventre est ballonné, la tuméfaction est générale, mais elle est surtout accusée à l'épigastre et à l'hypochondre.

Palpation. — On accroche un rebord qui paraît être le bord tranchant du foie.

Percussion. — On ne perçoit pas de frémisséments. La matité part en haut de la 7^e côte et empiète à trois travers de doigt de la ligne médiane, sur la gauche ; elle passe en bas à 3 centimètres de l'ombilic et descend à droite au niveau d'une horizontale passant par l'ombilic.

Auscultation. — Malgré une toux fréquente, on ne trouve rien au poumon.

Il y a un bruit de galop à la base du cœur.

Opération. — A l'aide du chloroforme, le 29 novembre 1899. Delbet, après avoir fait une incision tombe sur un gros foie. Il palpe dans tous les sens et opère une sorte de massage. Tout se borne à ces manœuvres et la paroi est refermée en trois plans.

Suites de l'opération. — Le 8 décembre, on enlève les fils. La malade se trouve très bien, mange de bon appétit ; elle se plaint seulement de constipation.

Le 15 décembre. — Il se produit une épistaxis de la narine droite.

Le 20 décembre. — La malade se lève.

Elle sort le 24 décembre, se trouvant toujours très bien.

Au mois de mai 1900, la malade est très satisfaite de sa santé, mais elle a quitté Paris et il est impossible de savoir quel est l'état du foie.

REMARQUE

Voilà des faits absolument précis, des résultats indiscutables ! Il s'agit de lésions matérielles bien déterminées du foie, de lésions anciennes, de lésions graves.

L'hypothèse d'une guérison par suggestion opératoire ne peut donc être soulevée et la remarque si juste de Segond (Observation I), s'applique absolument aux autres cas que nous relatons.

La thérapeutique médicale, longtemps employée, s'est montrée impuissante : les symptômes, les signes du mal se sont exaspérés, se sont accrus avec une rapidité effrayante. La vie est en danger ; un dénouement fatal est presque certain dans un temps plus ou moins rapproché ; les douleurs sont vives, affreuses ; certain malade pense au suicide (observation I), d'autres réclament l'opération comme suprême ressource (observation I et IV). On pratique une incision abdominale et les malades, ressuscités pour ainsi dire, se rétablissent vivement. Sans doute MM. Routier et Quénu, dans les observations que nous leur empruntons, émettent l'hypothèse d'une guérison par le fait des manœuvres d'exploration, du massage pratiqués pendant l'opé-

ration. Si leurs suppositions sont vraies, et nous ne sommes pas qualifiés pour les discuter, il est évident qu'il faut soustraire les observations II et V des faits fournis à l'appui des résultats curatifs de la laparotomie exploratrice.

COMMENT EXPLIQUER LES EFFETS CURATIFS DE LA LAPAROTOMIE DANS LES AFFECTIONS DU FOIE ?

Nous pourrions nous contenter de l'exposé des observations, des faits recueillis. Nous croyons être plus complet en cherchant à donner de ces faits une explication, en cherchant à montrer le mécanisme de l'action curatrice de la laparotomie.

Les hypothèses qu'on a imaginées à propos de la guérison de la péritonite tuberculeuse par la simple incision trouvent tout naturellement leur place ici. Nous nous bornerons à la reproduire, à les discuter. Sans doute aucune d'elles ne satisfait complètement l'esprit : mais nous n'avons pas la prétention d'en apporter de nouvelles.

L'action des lavages, des attouchements antiseptiques ne saurait expliquer la disparition de l'infection. D'abord, combien de laparotomies compte-t-on où l'on n'a eu recours à aucune de ces manœuvres ? Et du reste, ces manœuvres elles-mêmes, on peut les considérer comme inutiles, sinon nuisibles. Pierre Delbet, dans une communication récente à la Société de Chi-

rurgie (*Gazette hebdomadaire de médecine et de Chirurgie* du 7 juin 1900), après avoir rappelé qu'il a fourni des faits expérimentaux qui montrent jusqu'à quel point les solutions antiseptiques altèrent les éléments anatomiques, croit pouvoir formuler la règle suivante : « sur tous les tissus sains autres que les revêtements épidermiques, les antiseptiques détruisent plus de cellules vivantes que de microbes et, par suite, ils favorisent l'infection dans une certaine mesure ».

L'action de l'air et de la lumière semble nulle ici. Que peuvent ces éléments sur les microbes siégeant dans la profondeur, dans l'épaisseur du foie ? Ils sont impuissants absolument comme dans cette observation de Condamin (*Arch. prov. de chir.* 1896) sur un cas de péritonite tuberculeuse où le chirurgien n'a pu pénétrer dans le péritoine et où la guérison s'est produite.

L'explication la plus plausible et la plus générale qu'on puisse donner des guérisons de certaines affections du foie par la laparatomie est celle-ci : Les manœuvres de l'opération : incision, contact des mains de l'opérateur, assèchement, ont un résultat : hyperhémie considérable, irritation, c'est-à-dire révulsion ; et plus cette révulsion est vive, plus la phagocytose sera abondante ; plus les phénomènes normaux de réaction seront activés. Cette influence des irritations locales sur la production de la phagocy-

tose et sur la prolifération néo-cellulaire est un fait aujourd'hui universellement reconnu du reste. Ici, comme dans la péritonite tuberculeuse, il semble donc que la guérison est le fait d'une phagocytose abondante et active déterminée par l'intervention chirurgicale.

Ne peut-on se demander si cette explication n'est pas applicable à certaines guérisons opératoires de l'Ascite de la cirrhose dont on fait grand bruit dans ces derniers temps. Partant de cette idée que l'ascite de la cirrhose de Laënnec reconnaît pour cause une stase veineuse dans le système-porte, M. le professeur Talma (d'Utrecht), a conçu l'idée de suturer le grand épiploon à la paroi abdominale dans l'espoir d'obtenir ainsi une communication directe entre les racines de la veine-porte et les veines de la paroi abdominale et de créer artificiellement cette puissante circulation veineuse collatérale de l'abdomen qui, lorsqu'elle se produit spontanément, a reçu le nom de « tête de Méduse ». Cette opération proposée par Talma a été pratiquée par MM. Von der Meulon, Schelkly, Lens, Drummond et Morison, Neumann, Rolleston et Turner. On compte jusqu'ici cinq résultats heureux. Reste à savoir si la disparation de l'épanchement est bien due aux adhérences péritonéales et non pas à l'action de la laparotomie elle-même. En effet, du moment qu'il est établi que la simple ouverture du ventre est susceptible de

guérir la péritonite tuberculeuse et de faire disparaître des épanchements ascitiques liés à l'existence des tumeurs cancéreuses, on est autorisé à supposer que la laparotomie peut exercer également une influence favorable sur l'oscite consécutive à la cirrhose du foie. Sans doute, dans l'observation de M. Talma, la simple laparotomie n'avait pas amené la disparition de l'oscite, tandis qu'après une deuxième intervention avec suture de l'épiploon au péritoine, l'épanchement ne s'est pas reproduit : mais on peut répondre qu'ici, comme dans certaines péritonites tuberculeuses, l'oscite qui avait résisté à une première laparotomie, pouvait parfaitement disparaître à la suite d'une deuxième incision.

CONCLUSIONS

Les faits sont trop peu nombreux pour permettre des conclusions fermes. Aussi, tout en faisant constater :

1° Que des lésions propres du foie, sur lesquelles la thérapeutique médicale n'a eu aucun effet, ont été réellement et vite guéries, à la suite d'une laparotomie exploratrice ;

2° Que cette laparotomie exploratrice bien conduite, avec tous les soins d'asepsie et d'antisepsie désirables, doit être absolument inoffensive ;

Nous nous bornerons à nous demander :

1° Si les chirurgiens experts, sûrs, ne doivent pas être autorisés de plus en plus à ouvrir le ventre pour fixer leur diagnostic ??

2° Si, dans les désespérés, comme le nôtre,

où l'on a tout tenté, il ne serait pas utile, en présence de guérisons merveilleuses, d'intervenir, le bistouri à la main, au lieu de faire jusqu'au bout de l'expectation médicale ?

BIBLIOGRAPHIE

S. Wells. — Tum. of ov., 1883, p. 110.

Segond. — Hépatite. Laparotomie exploratrice. Guérison (traité de chirurgie de Duplay et Reclus, tome VII, p. 346).

Routier. — Laparotomie exploratrice. Massage de la vésicule (Bull. de l'Académie de médecine : séance du 3 février 1891 ; et Mercredi médical, 1891, n° 5, p. 53, 4 février 1891).

L. G. Richelot. — De l'influence curative de certaines laparotomies exploratrices (Bull. et mém. Soc. de chir., Paris, 1891, n. s., t. XVII, p. 541-47).

Pierre Delbet. — Syphilis du foie. Laparatomie exploratrice. Guérison (Bull. de la Société anatomique, novembre 1892, p. 681).

S. A. Dominici. — Des angiocholites et cholécystites suppurées (thèse de Paris, du 2 mai 1894, t. XII, n° 239).

Longuet. — Traitement de l'angiocholécystite non calculeuse (thèse de Paris, du 12 février 1896, t. XXII, n° 151).

Quénu. — Angiocholite. Traitement chirurgical (Bull. et mém. de chir. de Paris, 1897, n. s., t. XXIII, p. 241-246).

R. de Bovis. — De l'action de la laparotomie sur les processus chroniques de la cavité abdominale

- (tuberculose exceptée). Gazette des hôpitaux. Paris, du 24 décembre 1898, p. 1357).
- Brouardel, Gilbert et Girode.** — Article « Angiocholécystites » (Traité de Médecine, t. V, p. 115-137).
- Maurange.** — De l'intervention chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse. Etude critique et statistique (Thèse de Paris, 1889, t. XVI, n. 377) et Péritonite tuberculeuse (chez Masson, 1899).
- Jalaguier.** — Article « Péritonite tuberculeuse » Duplay et Reclus (Traité de chirurgie, 2^e éd. 1898, p. 586 et suiv.).
- Maurice Laroche.** — Comment traiter la péritonite tuberculeuse (Thèse de Paris du 17 janvier 1900, n. 167).
- Pierre Delbet.** — La stérilisation des mains, communication à la Société de Chirurgie (Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie, du 7 juin 1900, n. 45, p. 529).
- Lens.** — De la suture du grand épiploon à la paroi abdominale dans les cas de cirrhose atrophique du foie (Semaine Médicale, 1892), p. 256).
- Drummond et Morison.** — A case of ascite due to cirrhosis of the liver cured by operation (Brit. Med. Journ., 19 septembre 1896), t. II, for 1896, p. 728-29.
- Talma.** — Chirurgische Oeffnung neuer Seitenbahnen für das Blut der vena porta. (Berlin klin. Wochenschrift, 19 septembre 1898, t. XXXV, p. 833-36 et Semaine médicale 1898), p. 398.
- Morison.** — Cure of ascite due to liver cirrhosis by operation (Lancet, 27 mai 1899), t. I, for 1899, p. 1426-27.
- Neumann.** — Zur Frage der operativen Behandlung

des Ascites bei Lebercirrhose (Deutsche méd. Wochensch., 29 juin 1899), p. 422-23.

Rolleston et Turner. — On the surgical treatment of the ascites of cirrhosis by the artificial production of peritoneal adhesions (Lancet, 16 décembre 1899), t. II, for 1899, p. 1660-63.

